



## Formulario de Reclamo Médico

### ¿Para qué se utiliza este formulario?

Los miembros de Alliant Health Plans pueden utilizar el Formulario de Reclamo Médico para presentar un reclamo por cualquier servicio médico recibido de proveedores Fuera de la Red. Los proveedores Dentro de la Red están obligados a presentar los reclamos de parte de los miembros.

*(Nota: Este formulario no debe utilizarse para los reclamos de Farmacia. Los reclamos de Farmacia deben presentarse utilizando el "Prescription Drug Claim Form" que está disponible en AlliantPlans.com).*

### ¿Usted sabía qué?

Alliant cuenta con una red robusta de más de 18,000 proveedores. Usted recibe beneficios más completos y puede tener un gasto compartido más bajo si elige un proveedor Dentro de la Red. Esto puede ser especialmente eficiente cuando se reciben servicios continuos. Por favor, visite el sitio web de Alliant Health Plans para verificar la participación de un proveedor en la red o comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.

### Cosas para Recordar:

- Complete con precisión este formulario. Asegúrese de que la información sea clara e incluya lo siguiente:
  - Número de Identificación de Miembro (o en inglés Member ID)
  - Número de Identificación Fiscal del Proveedor (o en inglés Provider Tax ID)
  - Número de Identificación Nacional de Proveedores (o en inglés Provider NPI #)
  - Número de Teléfono del Proveedor
- Envíe su reclamo en forma detallada de los servicios que recibió de su proveedor y, si corresponde, el recibo de pago. El reclamo detallado debe incluir lo siguiente:
  - Nombre del Paciente
  - Fecha del Servicio
  - Tipo de Servicio/Códigos de Procedimiento
  - Códigos de Diagnóstico
- Complete un formulario distinto para cada paciente y/o cada proveedor.
- Asegúrese de conservar una copia del Formulario de Reclamo Médico, los detalles del reclamo y los recibos para sus archivos.
- Envíe el reclamo lo antes posible. Usted tiene 180 días a partir de la fecha del servicio para enviar un formulario de reclamo debidamente completado con los reportes y registros necesarios.
- Envíe su reclamo a uno de los siguientes:
  - Correo Postal:
    - Alliant Health Plans
    - PO Box 2667
    - Dalton, GA 30722
  - Correo Electrónico:
    - [CustomerService@AlliantPlans.com](mailto:CustomerService@AlliantPlans.com)
  - Fax: (866) 634-8917

### ¿Qué sucede después?

Se producirá una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) cuando se haya procesado el reclamo. La EOB le explicará cómo se ha procesado su reclamo y le informará de los cargos aplicados a su deducible (la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar) y cualquier otro cargo que pueda deberle a su proveedor. Puede encontrar copias de las EOBs en el Portal del Miembro.

# FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO

## Solicitud de Reembolso Directo al Miembro

Este formulario debe utilizarse únicamente para los reclamos médicos Fuera de la Red. Complete todos los espacios y envíe una factura detallada con el formulario para un procesamiento rápido y preciso. Consulte la página 1 para ver una lista de toda la información requerida y las instrucciones del formulario.

### INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre del Suscriptor:	
Número de Identificación del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA
Dirección del Suscriptor:	
Número de Teléfono del Suscriptor:	Correo Electrónico del Suscriptor:

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE Si es diferente del suscriptor

Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA	Número de Teléfono del Paciente:
Dirección del Paciente:	

¿Está el paciente cubierto por otro plan de seguro? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Nombre de la Otra Compañía de Seguro:

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: MM/DD/AAAA	Número de Identificación:
--	---------------------------

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor:	Número de Identificación Fiscal del Proveedor	Número de Identificación Nacional de Proveedores
Dirección del Proveedor:		
Número de Teléfono del Proveedor:		

## INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

Fecha del Servicio: MM/DD/AAAA	Tipo de Servicio/Códigos de Procedimiento:	Códigos de Diagnóstico:
--------------------------------	--	-------------------------

¿Fue un Accidente? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

¿Tipo de Accidente? \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Automóvil \_\_\_ Otro

Fecha del Accidente: MM/DD/AAAA

Por favor, explique cómo ocurrió el accidente:

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Si no marca la casilla, por favor incluya el comprobante de pago

Marque la casilla si desea que Alliant Health Plans pague los beneficios directamente al proveedor.

Al firmar a continuación, declaro que la información anterior es correcta y completa. Cualquier representación incorrecta, información falsa o engañosa resultará en la negación de su reclamo y puede dar lugar a una investigación penal.

Como individuo con capacidad de proporcionar consentimiento, mi nombre completo escrito a máquina a continuación constituye mi firma y pretende ser vinculante

Firma del Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ MM/DD/AAAA

Importante: No se podrán procesar los reclamos hasta que se haya completado y recibido correctamente este formulario. Consulte la página 1 para obtener más instrucciones. Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.

Devuelva este formulario, la factura detallada y cualquier prueba de pago a Alliant Health Plans.

Correo Postal:

Alliant Health Plans  
PO Box 2667  
Dalton, GA 30722

Correo Electrónico:

[CustomerService@AlliantPlans.com](mailto:CustomerService@AlliantPlans.com)

Fax: (866) 634-8917



## Notice of Non-Discrimination

Alliant Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Alliant Health Plans does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### Alliant Health Plans:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact **Customer Service at (866) 403-2785.**

If you believe that Alliant Health Plans has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Sabrina LeBeau, Compliance Officer, PO Box 1128, Dalton GA 30722, Ph: (706) 237-8802 or (888) 533-6507 ext 125, Fax: (706) 229-6289, Email: Compliance@AlliantPlans.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Sabrina LeBeau is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Language Assistance

### English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-403-2785 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

### 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-403-2785 (TTY: 711)。

### ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-403-2785 (ATS : 711).

### አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶች፣ በገጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-866-403-2785 (ማስማት ለተሳናቸው: 711).

### हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-403-2785 (TTY: 711) पर कॉल करें।

### Kreyòl Ayisyen (French Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-403-2785 (телетайп: 711).

### العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-403-2785 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

### Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-403-2785 تماس بگیرید. (TTY: 711)

### Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-403-2785 (TTY: 711).

### 日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-403-2785 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。